

【MRI(単純)】 共同利用依頼書/予約票

医療機関名

紹介医師名

(フリガナ) 氏 名	神戸掖済会病院受診歴
様 男・女	有 (ID) 無
生年月日	年 月 日生 (歳)
〒 住所	
☎ 自宅 ()	— 連絡先 () —
検査日 (希望日時)	月 日 () 時 分
病名ないし疑い診断 検査目的	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部(MRA含) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査結果 CD-R	<input type="checkbox"/> 患者さん渡し希望 <input type="checkbox"/> ご依頼元の医療機関へ郵送希望 ※到着に2~3日程かかります ※郵送料がかかります
ご依頼元医療機関様 ① 当院地域医療連携室 078-781-1411 へお電話の上、検査希望日時をお伝え下さい。 ② 検査日時を本用紙にご記入の上、地域医療連携室 078-781-7300 へFAXして下さい。 ③ 問診票にチェックして頂き、本用紙・問診票・MRI説明用紙を患者様にお渡し下さい。	
患者様 本用紙・問診票・MRI説明用紙を持参の上、神戸掖済会病院2階放射線科受付にお越し下さい。	

申し込み先:神戸掖済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300

【MRI(単純)】 問診票(共同利用)

(フリガナ)		神戸救済会病院受診歴	
氏名	様 男・女	有 (ID)	無
生年月日	年 月 日生 (歳)		

MRI室は部屋全体が強力な磁場に満たされています。通常は人体には影響はありませんが、過去の治療歴によっては検査を受けることが出来ません。この検査をより安全に行うために、以下の項目にチェックをお願いします。

*MRI検査の禁忌事項

以下の項目に該当する方は、MRI検査を受けることが出来ません。

- ・MRI非対応ペースメーカー・ペースメーカーワイヤーの残存
- ・脳動脈クリップ (MRI非対応)
- ・人工内耳
- ・手術後(内視鏡下も含む)1ヶ月未満 (組織癒合するまで)
- ・眼球内金属
- ・妊娠21週未満 (母体不安定期)
- ・1970年以前の金属製心臓人工弁
- ・CRT、ICD埋込型 (除細動器)
- ・24時間ホルター心電図装着中
- ・24時間血糖測定器装着中
- ・8週間以内に埋め込まれたステント


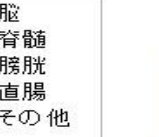


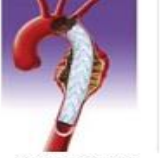
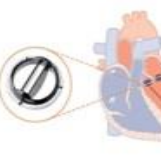
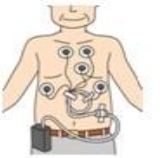





上記に当てはまるものはありません。

*当院での注意事項

以下の項目に該当する場合、強いアーチファクトや、障害が出る可能性がありますので、患者様に十分な説明をお願いします。

- 体内にMRI非対応の金属がある (手術材料、戦時の銃弾等)
- 金属義歯 (取り外せる場合は取り外してください)
- 入れ墨 (特殊メイクを含む)
- イレウスチューブ留置中 (出来れば抜管後に検査してください)
- 閉所・暗所恐怖症の方、小児の方には前処置 (睡眠薬) をお願いする場合があります。
- 圧可変式シャント
- 上記に当てはまるものはありません。

☆下記イラストに該当する方は必ず主治医に申し出て下さい。

					
ペースメーカー及びワイヤー残存	除細動器	刺激伝導系	埋め込み型心電計	圧可変式シャント	
					
人工内耳	脳動脈クリップ (MR非対応)	8週間以内に埋め込まれたステント	1970年以前の人工弁	24時間ホルター心電図	
					
24時間血糖測定器	DIBキャップ	体内(特に目)に金属片/粉が入っている	美容整形による金糸	入れ墨	アイシャドー・マスカラ アイライナー・つけまつげ
					
乳房皮膚拡張器 エキスパンダー	妊娠21週未満				

連絡先: 神戸救済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300

